



Hälsouppgift

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postnr, postort
Mobilnummer:	E-mail:
Födelseland (om annat än Sverige)	Modersmål:

Vem ska vi kontakta vid akut sjukdom?

Namn: _____ Telefon: _____

Vem/vilka bor du med: _____

Kryssa för om du upplever problem/svårigheter med något av nedanstående:

Syn		Sömn		Krampsjukdom ex epilepsi	
Hörsel		Huvudvärk		Allergi	
Tal/ språk		Magbesvär		Astma	
Läsa/skriva		Ångest		Eksem	
Koncentration		Oro/stress		Diabetes	
		Nedstämdhet/ledsen		Hepatit	
				Tuberkulos	

Om du har någon allergi, ange vad du är allergisk mot:

Har du någon akutmedicin mot din allergi?

Nej Ja: vilken medicin?

Går du på kontroll hos sjukvården?

Nej Ja: För vad?

Tar du någon medicin regelbundet?

Nej Ja: Vilken medicin?

Finns det ärftlighet för läs- och skrivsvårigheter i familjen? Nej Ja



Elevens namn:..... Personnummer:.....

Har du fått stöd/ anpassningar för din inläring på grundskolan?

Nej Ja: För vad?.....

.....

Finns det något annat som du vill meddela din skolsköterska eller skolläkare?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum, ort

Elev

Lämnas ifylld till skolsköterskan på din skola